

LA

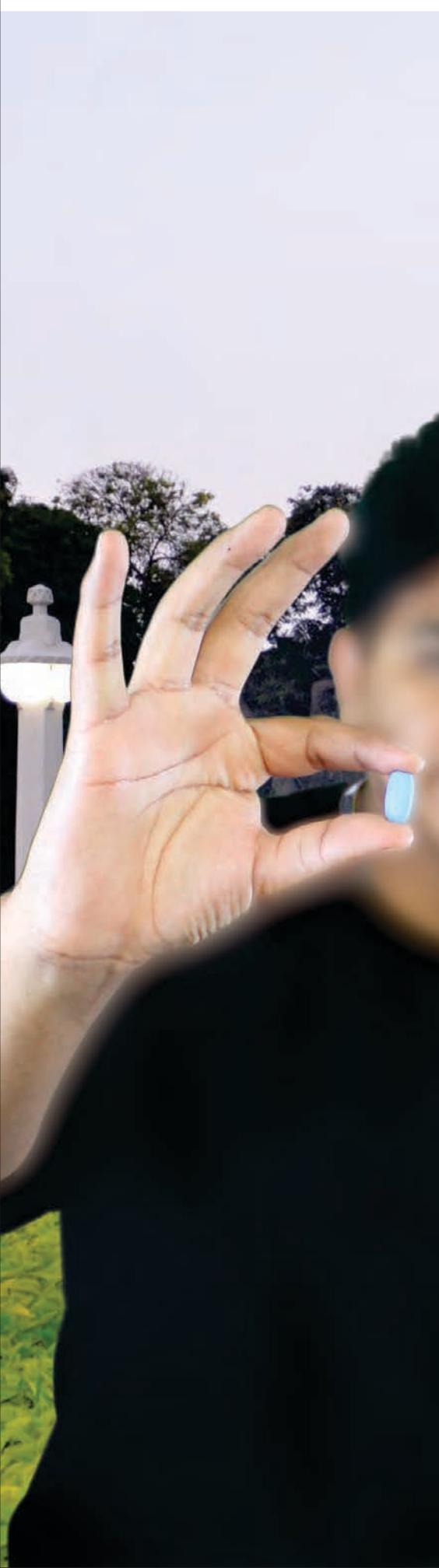
REVIHSTA

Diciembre 2023 / Año 06 / Número 06 - Revista de distribución gratuita
Las personas que aparecen en las fotografías no necesariamente son personas que viven con el VIH

El Perú se une a los países del mundo que incorpora la terapia antirretroviral para prevenir el VIH. Conoce los desafíos de la prevención combinada

PrEP en el Perú

Índice



Editorial



4

**LA LLEGADA DEL
PREP
GRATUITO AL PERÚ**

5



**LA SALUD
EN JUEGO
CON EL
TRATADO
PANDÉMICO
Y LA CONTROVERSI
POR LAS PATENTES
DE MEDICAMENTOS**

8



10

**POBLACIONES INDÍGENAS
EN EMERGENCIA POR
AUMENTO DE CASOS DE VIH**

*Cumplimos
17 años*



19



12

**CON AMOR
PARA MAMÁ LILA**

13



**El acceso al SIS para
migrantes viviendo
con VIH y TB,
una tarea pendiente
del Estado peruano**

**La otra pandemia:
El estigma y la
discriminación
contra las personas
viviendo con VIH**



14

**GIVAR: EN LOS ÚLTIMOS
DIEZ AÑOS HUBO 1,663
DENUNCIAS DE PERSONAS
VIVIENDO CON VIH**

16



**Entrevista al
infectólogo
Eduardo
Mattos**



18

Un trayecto lleno de obstáculos, violencia y discriminación padeció Anayeli en su rumbo hacia la capital.

■ Escribe: Marlon Castillo Castro

Tenía apenas 16 años, cuando decidió emigrar del distrito Rupa Rupa en la provincia de Leoncio Prado, en Huánuco, hacia Lima. Aunque aún no ha logrado cambiar su nombre por falta de políticas públicas sobre identidad de género, su historia de vida inspira respeto y admiración.

Anayeli, es una mujer trans que desde pequeña vivió una serie de actos de violencia física, verbal y psicológica en su familia por su orientación sexual y expresión de género. A los 10 años, durante la violencia terrorista, su madre fue asesinada mientras daba de lactar a su hermano pequeño. Durante el atentado salvó de morir, pues uno de los proyectiles lanzado contra su vivienda pasó muy cerca de su rostro y vio morir a su progenitora en medio del caos y la destrucción. La escena es un recuerdo indeleble en su memoria, por lo que hablar del caso, aún la conmueve.

“No olvido que a mi madre la bañaron ya muerta en mi delante y no paraba de llorar, pero un niño menor que yo, me pedía que no lo haga, pues ella ya estaba en el cielo”, narra la activista.

Tras superar el trauma y dolor, siempre quiso salir de casa de su abuela y tíos donde recibía maltratos y la obligaban a cocinar y lavar ropa de al menos 7 integrantes de la familia todos los días.

“Yo era prácticamente una esclava de mis tíos. Como quedé huérfana y era gay, mi castigo era ese”.



Anayeli encontró en el activismo, su fórmula para sembrar esperanza en medio de un clima hostil para las mujeres trans en el Perú / Foto: Marlon Castillo.

El gran salto de Anayeli

Como muchas mujeres trans en el país, viajan desde diferentes regiones para buscar un mejor futuro en la capital peruana.

Aún cansada, empezó a vender cigarrillos y golosinas en las puertas de discotecas y bares para juntar dinero. Al terminar secundaria, no lo dudó. Trepó a un bus y llegó a la capital, donde siguió pasando episodios de violencia durante la convivencia con un hombre y llegó a enfermar por anemia ante la falta de trabajo y su precaria alimentación.

Al acudir al Centro de Salud constantemente le generó las ganas de aprender y ayudar a otras personas en situación de pobreza, sobre todo, a mujeres trans y hombres gais, sumándose a organizaciones por los derechos TLGBI.

En el 2008 fue capacitada e ingresó a ser

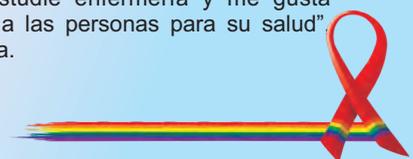
promotora de salud. Hasta la actualidad, ha laborado en al menos 6 centros de salud de Lima Norte y Este.

En el 2012 Anayeli formó la Asociación Civil Estrella Fugaz Diversidad Inclusiva, donde realiza sensibilización, brinda información, educación contra la violencia hacia las mujeres trans y en la prevención del VIH. Ese mismo año logró ser instructora del programa de automanejo de Sí, da Vida.

Hace 4 años, le diagnosticaron el VIH, una condición de salud que no le quita los sueños, ni las ganas de continuar saludable, pues con el tratamiento ahora se mantiene indetectable.

Su activismo se puede notar. Este año organizó junto a otras compañeras la primera marcha GLBT en El Agustino y ha conseguido que se incorporen las actividades de las comunidades en el Plan Operativo Anual del municipio. Durante la pandemia del Covid-19, gestionó ayuda a sus compañeras trans para la entrega de alimentos.

“Mi máximo sueño es no ver morir a mis compañeras por crímenes de odio, extorsión o por casos de Sida. En lo personal, quisiera tener un consultorio, pues estudié enfermería y me gusta ayudar a las personas para su salud” comenta.



■ *Editorial*

“Una coma, seguido por un espacio”

No escribo para dar una clase de gramática sino para pedir un espacio de respiro. Prender el noticiero cualquier día es para sufrir un trauma; tanta violencia, guerras, asaltos, asesinatos, extorsiones, corrupción, y la lista sigue. ¿Y cuáles son las raíces de esta situación? De esta no se habla tanto, nuestros medios de comunicación masivos, parece que nos quieren mantener espantados o mejor dicho distraídos. ¿Por qué distraídos?, ¿qué es lo que quieren que quede nublado?

Nuestro pueblo sufre, los precios de la canasta suben, no hay puestos de trabajo dignos y bien remunerados, hay que aceptar el trabajo que se pueda encontrar, en las condiciones que se impone, ocho horas, pero hay que trabajar horas extras sin pago de sobretiempo, hay que seguir adelante como si nada pasara, es normal.

Los espacios de diversión se cortan, la tensión en la casa aumenta, hasta llegar a ser insoportable, hay que escapar a la calle. Pero la calle llega a ser más y más peligrosa, el asalto, mi teléfono, hay que estar en mancha, pero la mancha está vista con sospecha. Y después del cierre de la pandemia, la salud mental es frágil. ¿Qué hacer?

Y podría seguir con muchos otros ejemplos de la vida cotidiana, cupos, corrupción, justicia, blindaje, la misma democracia está en peligro. El sistema protege a los privilegiados y echa la culpa a lo/as más vulnerables, lo/as más vulnerado/as. Ni protege La Casa Común, la casa de tod@s.

Y allí llego a “una coma, seguido por un espacio”. La pausa. Un momento para recuperar la armonía y para mirar las cosas de nuevo, para humanizar nuestra perspectiva.

Doy un pequeño ejemplo del coma y espacio. Al escuchar el nombre de nuestra institución “Sí, da Vida”, suena como “Sida Vida” y al escucharlo, despierta los prejuicios y miedos. Que diferente es el nombre verdadero, “Sí, da Vida”. Es una frase que da esperanza. Aprender el automanejo da esperanza, se aprende en grupos con instructores entrenados, supera el aislamiento, ayuda a mirar la vida con una actitud positiva. Por eso el lema “Vida larga, Vida plena, Vida digna, Vida feliz”.



Hacer una pausa, implica mirar sobre la pérdida de humanidad. La falta de sensibilidad, empatía y la solidaridad hacia el prójimo, que son parte de nuestros valores como pueblo.

Los errores de los que manejan el sistema para su propio beneficio dan a los actores democráticos una oportunidad para frenar o incluso revertir la marcha del autoritarismo. Pero para hacerlo, los demócratas deben estar preparados: deben realizar el arduo trabajo de organizarse, formular una visión basada en principios y desarrollar sus credenciales democráticas, antes de que se presente la oportunidad, incluso si tienen que hacerlo en el proverbial desierto. Este es el trabajo de la sociedad civil.

Tómate un momento de pausa, tu coma seguido por un espacio, para pensar en cómo puedes contribuir en la construcción de una sociedad más justa por medio de tu participación en organizaciones de la sociedad civil.

Carlos Gallagher
Presidente de Sí, da Vida



LA REVISTA

Revista especializada en temas de Salud y VIH

Año 06 N° 06 - Diciembre de 2023

Publicación anual de distribución gratuita.
Prohibida su venta

■ Editado por:

Sí, da Vida
Calle Henry Arredondo 201- Urb. Cayetano
Heredia - San Martín de Porres - Lima, Perú.

Equipo editorial:

Cathal Vincent Gallagher.
Víctor Andree Sotelo Reyes.
Juan Luis Ppati Izaguirre.
Rosemery Quintana Imán.

Director periodístico:

Marlon Castillo Castro.

Redactores y periodistas:

Diego Quispe Sánchez.
Marlon Castillo Castro.
Edith Ramirez Romaina.

Corrección de textos:

David Castro Merino.
Edith Ramirez Romaina.
Juan Luis Ppati Izaguirre.
Víctor Sotelo Reyes.

Fotografía portada:

Marlon Castillo Castro.

Diseño y diagramación:

Marlon Castillo Castro / Herbert Salazar
Imprenta Expresarte E.I.R.L.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca
Nacional del Perú N°2018-18376

Impreso en noviembre 2023

Imprenta Expresarte EIRL
Jr. General Varela N°368 Int. 203 - Breña.
2,000 ejemplares

Publicado en noviembre de 2023.



www.sidavida.org.pe

Vida larga, plena, digna y feliz

LA LLEGADA DEL

PREP

GRATUITO AL PERÚ

Aunque pocos conocen, la ciencia ha traído nuevas formas de evitar contraer el VIH

■ **Escribe: Marlon Castillo Castro**

i Te imaginas tomar una pastilla al día para evitar contraer el virus de inmunodeficiencia humana -VIH? o consumir antirretrovirales antes y después de tener relaciones sexuales para esquivar que el VIH ingrese o se reproduzca a tu organismo.

Y si todo esto ya te asombra, sabías que ante una relación sexual sin condón con una persona que vive con VIH, puedes tomar tratamiento por 28 días dentro de las 72 horas para evitar contraer el virus.

Todo esto no forma parte de un evento futurista o de ciencia ficción, sino de una realidad que ahora puedes tener al alcance de tus manos y sin pagar un sol.

El Perú, junto a otros 22 países en Latinoamérica se unió a las nuevas formas de prevención combinada, que hace 13 años, en un ensayo personas que tomaban todos los días una píldora que contenía dos medicamentos no contraían el VIH.

El ensayo clínico conocido como imPrEX, tuvo al Perú como país anfitrión para realizar la investigación junto a Ecuador, Sudáfrica, Brasil, Tailandia y Estados Unidos. El estudio fue recibido con esperanza, ya que la eficacia de los resultados fue entre 92 y 99% si la persona toma el tratamiento con adherencia, es decir mantiene un régimen estricto de ingesta del medicamento todos los días y a la hora indicada por el profesional de la salud.

Posterior a ello, el Perú también evaluó la factibilidad y aceptabilidad de proveer PrEP oral con Tenofovir 300mg + Emtricitabina 200mg (TDF/FTC) a través de servicios públicos de salud a 3,000 hombres que tienen sexo con otros hombres y mujeres trans de Lima, Callao, Iquitos, Pucallpa, Trujillo y Chiclayo.

El 16 de junio de este año, el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica de Salud 204-Minsa/DGIESP-2023 de "prevención combinada del VIH para poblaciones de alto riesgo", como una medida política que permita al Perú alinearse a las propuestas de la Organización Mundial de la Salud y

al Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el Sida – ONUSIDA para disminuir la incidencia en VIH.

Precisamente, la directora de Onusida para Perú, Ecuador y Bolivia, Andrea Boccardi, manifestó que el último reporte global de Sida publicado en julio pasado, el Perú muestra un aumento del 57% del número de nuevas infecciones por VIH en el periodo 2010 a 2022, por lo que hizo un llamado a incrementar servicios que ofrezcan el PrEP.

"Llamamos al gobierno a invertir en la implementación de la nueva norma de prevención combinada, particularmente el incremento de servicios que ofrecen PrEP, ya que este es el camino para la reducción de nuevas infecciones. Es fundamental además eliminar el estigma, discriminación y violencia de género que sufren las poblaciones de la diversidad sexual como los hombres gais, mujeres transgenero; y las trabajadoras sexuales, usuarios de drogas, migrantes e indígenas en los servicios de salud", expresó preocupada.

La prevención combinada es un abordaje y estrategia novedosa con eficacia demostrada que integra manejos en múltiples áreas para la prevención del VIH. La primera vez que se nombró como tal, fue durante las conferencias en México y Viena (Austria) en el 2008 y 2010.

En México la propuesta resaltante era "conocer tu epidemia y tu respuesta". Aquí se le pedía a cada país, analizar los éxitos y fracasos en las intervenciones y hacer un "mix" de estrategias al que se le denominó "prevención de combinación" para hacer frente a la epidemia del VIH.

En el 2015, se generó una propuesta más estudiada y basada en evidencia científica, tanto que ONUSIDA generó ambiciosas metas para eliminar el Sida al 2030, pero que ante la pandemia del Covid-19, se generaron retrocesos y hoy pide una acción acelerada de la prevención combinada en cada nación.

Actualidad



Continúa en la siguiente página

¿En qué consiste la prevención combinada?

La prevención combinada son un grupo de estrategias biomédicas y comunitarias fundamentados enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad, basados en tres medidas:

Medidas de intervención biomédicas, divididas en intervenciones clásicas como la entrega y uso de condones, lubricantes, acceso a pruebas de VIH, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y vacunación contra la hepatitis B. Asimismo, las intervenciones biomédicas basadas en antirretrovirales (ARV) como el acceso al Tratamiento Antirretroviral (TAR); PrEP (Profilaxis Preexposición) y PPE (Profilaxis Postexposición).

La segunda medida es de intervención conductual, en la que se destaca la consejería pre-test de VIH, consejería para reducir los riesgos, estrategia de educadores o educadoras de pares y campañas comunicacionales.

Finalmente se ubica la medida de intervención estructural o socio-cultural, cuyas acciones van orientadas hacia la población general que influyen directamente sobre la vulnerabilidad de las poblaciones de alto riesgo de contraer el VIH como son los gais, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans, trabajadores o trabajadoras sexuales y parejas discordantes al VIH (que una de ellas vive con el VIH).

En este campo se busca reducir el estigma y discriminación en los servicios de salud, sensibilización sobre la atención en poblaciones clave en los servicios de salud y la protección de los derechos de las personas vulnerables y personas que viven con el VIH en la sociedad.

Inestable implementación

La Dirección de Prevención de ITS – VIH/Sida y hepatitis del Ministerio de Salud (DPVIH), que dirige Carlos Benites Villafane, ha tenido reuniones periódicas con líderes de la comunidad de personas con VIH y poblaciones vulnerables para dar a conocer avances de la norma de prevención combinada.

En un informe elaborado en octubre por los investigadores Alberto Fariás Aguilera y Richard Stern, denominado "El uso de la PrEP en Perú", Benites Villafane indicó que, al 15 de septiembre, "sólo 800 personas en Perú estaban recibiendo PrEP, 400 de ellas de forma privada y la otra mitad a través del Minsa"

Por ahora el único sistema de salud que entrega PrEP es el Minsa, aunque la norma establece que todos los sistemas pongan a disposición la prevención combinada gratuita, aunque la implementación en la seguridad social (EsSalud) o las sanidades de la PNP y las Fuerzas Armadas aún no empieza.

Los Mecanismos Coordinadores Comunitarios (MCC) que ofrecen servicios de salud a las personas con VIH y poblaciones de alto riesgo, proponen ser parte de la estrategia para ofertar el PrEP y PPE, pero lamentablemente el Perú no cuenta con normas que permitan la contratación social para este tipo de fines.

La dirección de prevención de VIH tiene previsto llegar a 2.000 personas tomando PrEP a este año y para finales de 2024 unas 5000 mil. Cifras de cobertura poco ambiciosas, ante el incremento sostenido de las nuevas infecciones por VIH.

La entrega del PrEP se da en Lima y Callao, con el inicio de 30 establecimientos de salud. 11 están ubicados en la jurisdicción de la Diris Lima Centro, 9 en Lima Norte, 9 en Lima Sur, 1 en Lima Este y Callao que tiene 1.



PREVENCIÓN COMBINADA A BASE DE ANTIRRETROVIRALES

Profilaxis

Tratamiento para prevenir o controlar alguna infección.

Pre

Antes de: / Previo a:

Exposición

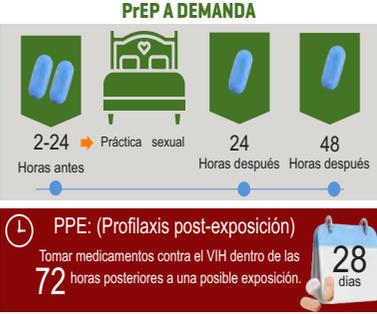
Tener contacto de riesgo con una persona que vive con VIH

En qué consiste?



Entre el 92-99%

Reduce el riesgo de contraer el VIH a través de las relaciones sexuales, cuando se toma siguiendo la recomendación médica.



Población beneficiaria



Recuerda



El Gran Reto

La implementación de la prevención combinada supone uno de los más grandes retos del sistema de salud en el país, ya que existen grandes brechas que, si no se logran superar, no habría éxito en la prevención del VIH.

Según el colectivo GIVAR, a finales del mes de octubre, alertó al Minsa de la primera denuncia por desabastecimiento a escasos dos meses de iniciada la entrega del PrEP. El usuario no logró iniciar su tratamiento por falta de stock del medicamento en el Centro de Salud Caja de Agua y mencionar maltrato en la atención. Días después el problema fue superado y el usuario inició la PrEP.

"Ligado al trabajo que realiza Givar, se tiene que hacer vigilancia en la provisión continua y oportuna de la medicación para el PrEP. El otro reto es lograr buena adherencia con las personas que empiezan el PrEP", sostiene el infectólogo y director de la ONG Vía Libre, Robinson Cabello.

El director de la DPVIH, reconoció que existe resistencia por parte de personal de salud (médicos y otros) a la PrEP y manifestó que se requiere de mayor capacitación al personal de salud.

Presupuesto

Una de las interrogantes de la puesta en marcha de la norma, es la fuente de financiamiento. Según información de la DPVIH, en la actualidad, la implementación del PrEP se realiza con tratamiento disponible hasta el primer trimestre del 2024, pero para garantizar la compra de los antirretrovirales, se requiere de una partida especial que contemple la compra de los medicamentos preventivos y no utilizar los destinados a las personas con VIH.

Considerando los antecedentes con la reducción del presupuesto VIH/Sida entre el 2020 al 2022, lo que se teme es que el actual proyecto de ley que tiene el Congreso de la República no contemple esta estrategia.

Además, por ahora la norma del PrEP no ha considerado el uso del inyectable Cabotegravir (CAB), medicamento de acción prolongada que, al inicio la dosis es de una inyección intramuscular por mes y luego cada dos meses. El problema es el alto costo del producto. El precio de venta por persona al año equivale a 22 mil dólares en Estados Unidos, según Médicos Sin Fronteras, costo improbable de ser financiado en el Perú. Lamentablemente nuestra publicación intentó entrevistar al Director de VIH del Minsa, para absolver nuestras dudas y transparentar la información, pero no hubo respuesta desde la oficina de comunicaciones del ente rector de la salud.





Autoridades de salud, en el Centro de Salud México ubicado en el distrito de San Martín de Porres, el primero en el país en entregar la PrEP a inicios del mes de agosto / Foto: Minsa

Carlos Cáceres: "necesitamos tener el mayor número de personas en PrEP"

Carlos Cáceres /
Foto: Universidad Peruana
Cayetano Heredia

El reconocido epidemiólogo y vicerrector de Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Carlos Cáceres nos da sus apreciaciones sobre la implementación del PrEP en el país.

Se debe identificar a los grupos de riesgo

¿Cuáles serían las barreras para implementar de manera eficiente el PrEP en el Perú?

Entiendo que el Ministerio de Salud (Minsa) ya tiene un programa de capacitación a partir de la experiencia con IMPrEP. Además, hay temas principales que se tienen que considerar y muchos de ellos convergen, como el suministro de los medicamentos, la existencia de pruebas de laboratorio que funcionen oportunamente, servicios organizados y fluidos para evitar el aburrimiento de los usuarios e identificar subgrupos de personas con riesgo de contraer el VIH por tener baja adherencia. También se requieren de apoyo adicional, como por ejemplo en casos de personas que usan drogas, en el campo de la sexualidad y aspectos del trato del personal por aspectos morales.

¿La PrEP es para toda la vida?

No, la PrEP es temporal. Mientras una persona tenga prácticas de riesgo de uno o más meses, se recomienda el uso del PrEP diario y no tiene por qué ser para siempre.

En comparación a otros países de la región, ¿cómo ve al Perú en el avance a la prevención combinada?

En comparación con otros países, había un retraso, pero con la norma nos hemos recuperado. Necesitamos tener el mayor número de personas en PrEP y comparados con otros países vecinos como: Chile, Argentina o Colombia tenemos la posibilidad de llegar a más gente, pero tenemos que llegar bien para que el programa funcione con éxito.

¿Qué tenemos que mejorar?

Tenemos que mejorar la difusión porque tienen que conocer que existe el PrEP y luego se tiene que sensibilizar para que las personas estén convencidas que este tratamiento le va a servir, que lo necesita, que le conviene usar y su compromiso.

PAREJA DISCORDANTE INICIA TRATAMIENTO PREP

Alex tiene 28 años y Roberto 23, se conocieron en el interior de una discoteca del Centro de Lima.

Tras dos semanas de salidas, se hicieron pareja. Alex llegó de Venezuela y se dedica como recepcionista y seguridad, mientras que Roberto es administrador.

Con el paso de la relación, Roberto se enteró que Alex tenía VIH. Durante la convivencia salieron a relucir aspectos que en un primer momento Alex quiso ocultar, pero que las tomas diarias de antirretrovirales lo delataron.

Por suerte ninguno había corrido riesgo. Siempre usaron condón y Alex estaba indetectable al virus, por lo tanto, no transmitía.

"Más que molestarse, Roberto empezó a informarse sobre el VIH y conoció de otros métodos para prevenir el VIH como el PrEP (...) Esto me ayudó en confiar más en mí. Tener VIH no es la mejor carta de presentación ante una nueva pareja, pero se pueda conversar sobre el tema y si hay amor todo fluirá", refiere Alex.

La relación sigue como en sus inicios, pero con mayor comunicación. Roberto toma el PrEP en una organización no gubernamental y puede andar sin temor de riesgo, mientras que Alex, dice no sentir "culpa o responsabilidad de algo que podría pasar".

"Cada 3 meses voy al Centro de Salud Max Arias Schreiber para realizarme los controles, recibir mi tratamiento y trato de tener una vida saludable con la alimentación, haciendo ejercicios y trabajando", sostiene la pareja de Roberto, que ahora también toma medicamentos para prevenir el VIH.

Lamentablemente, los planes a futuro de Alex no coinciden con los de su actual pareja. Tiene proyectado para el próximo año un viaje al Brasil para probar mejor bienestar.

"El Perú es un país hermoso, que me ha brindado muchos beneficios, pero tengo que partir. Dejar a mi pareja va a doler, pero soy consciente que una relación a distancia no es saludable", concluye.

Cualquiera sea el destino de ambos, el cuidado por la salud les genera estabilidad emocional y ganas de dar a conocer a sus amigos que hoy en día el VIH se puede prevenir con pastillas.





Foro sobre el Tratado Pandémico en el Congreso de la República /
Fotos: Camila Santibañez-RedGE



LA SALUD EN JUEGO CON EL TRATADO PANDÉMICO Y LA CONTROVERSI POR LAS PATENTES DE MEDICAMENTOS

Con la COVID-19, el 97.87% del suministro de vacunas se concentró en siete laboratorios. Las patentes obstaculizaron que los países con bajos ingresos inmunicen a tiempo a su población. Y ahí radica la disyuntiva. ¿Primará la propiedad intelectual sobre el acceso a la salud? Hay intereses en juego que pretenden imponerse.

■ **Escribe: Diego Quispe Sánchez**

El 25 de octubre salió a la luz el segundo borrador del “Acuerdo u otro instrumento internacional sobre prevención, preparación y respuesta ante pandemias”. Se trata de un proyecto también llamado Tratado Pandémico, deliberado por los 193 países afiliados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para tomar precauciones y responder de una manera equitativa ante una eventual nueva pandemia.

EXPERIENCIAS PARA NO REPETIR

Con la COVID-19 quedó en evidencia que los países con mayores ingresos fueron los primeros en inmunizar a sus ciudadanos, mientras que los que están en vía de desarrollo quedaron al final de la cola. Esto se debe a que los laboratorios que crearon las vacunas entregaron su producto al mejor postor. Al tratarse de medicamentos patentados, otras empresas no pudieron utilizar las fórmulas para producirlas.

El 97.87% del suministro global fue representado por siete vacunas: Pfizer, Moderna y Jhonson & Johnson de Estados Unidos, Sinovac y Sinopharm de China, AstraZeneca de Reino Unido; y Sputnik V de Rusia. En los dos primeros se concentró la producción mundial de vacunas, según un informe de Javier Llamaza, investigador de Acción Internacional para la Salud (AIS). En América Latina, informó Salud con Lupa, se registraron ocho patentes en Brasil, México y Perú: seis de Johnson & Johnson y dos para Moderna.

Esta concentración de la producción favoreció, en primer lugar, a los países más ricos. Un ejemplo,

recuerda Llamaza, es que, para febrero del 2021, Canadá había obtenido vacunas para inmunizar nueve veces a su población. Mientras que ese mes recién llegó el primer lote de vacunas de Sinopharm a nuestro país y en los estados miembros de la Unión Africana recién habían podido vacunar al 20% de su población.

Pero la pandemia del coronavirus no es el único antecedente que demuestra cómo las patentes demoraron el acceso a medicamentos en el mundo. Producto de que los laboratorios no permitieron que otras empresas utilizaran sus fórmulas, el tratamiento antirretroviral demoró en implementarse 10 años en países pobres, como los de África, donde el índice de casos de VIH fue alarmante en la década de los 90.

TRATADO FLEXIBLE

A pesar de las experiencias, el proyecto de Tratado Pandémico es flexible con la industria, asegura Llamaza, porque establece “obligaciones muy fuertes para los países en vía de desarrollo para que reporten nuevas secuencias de patógenos, mientras que, para la transferencia de tecnología no se menciona la liberación de patentes”.

Es decir, los estados miembros de la OMS deben informar, en caso conozcan sobre un patógeno, en un plazo de 48 horas. Esa información, a su vez, será utilizada por los laboratorios para la producción de medicamentos y luego podrán ofertarlo al precio que les plazca por tener la propiedad intelectual de ese fármaco. Además, señala Llamaza, “cuando se refiere a transferencia de tecnología, esta se realizará en

base a los acuerdos que existan entre las partes involucradas”. “No hay ningún beneficio para quien reporta”, cuestiona.

Para Ana Romero Cano, Coordinadora Ejecutiva de la Red para una Globalización con Equidad (RedGE), la consigna es, no repetir el escenario de la pandemia de la COVID-19. “Por eso, si hay una crisis sanitaria y como la salud es un negocio, la idea es tener un acuerdo y una respuesta a través de este tratado. No es un tratado para prevenir, es un tratado para dar respuesta ante una futura eventual pandemia”, puntualizó. “Y que se pueda permitir una respuesta más solidaria”, añadió.

El Tratado Pandémico será aprobado en mayo del próximo año en Ginebra, Suiza. La controversia no solo está relacionada a la salud pública y la industria farmacéutica, sino también a una mirada geopolítica. Llamaza recomienda que los países de América del Sur deberían negociar en bloque y no de manera aislada, para demandar condiciones favorables para que sus ciudadanos accedan a medicamentos, independiente de qué empresa tenga la patente en sus manos.

En caso de nuestro país, el Gobierno aún no hace pública su posición. En abril de este año, diversas organizaciones de la sociedad civil – entre ellas Redge y AIS – invitaron a los representantes del Ministerio de Relaciones Exteriores, la cartera a cargo de esta negociación, a una conferencia para abordar esta problemática. Sin embargo, no asistió ningún vocero. El argumento en Torre Tagle es que las tratativas son reservadas. Está primando el secretismo en un acuerdo que involucra la salud de los peruanos.



CONEXIÓN VIDA

COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Promoción



Un equipo comprometido con la salud y la verdad.



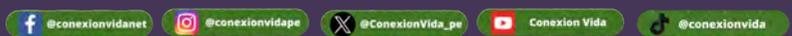
conexionvida.pe



Comunicate con nosotros vía WhatsApp



Descarga gratis nuestra APP
Radio Conexión Vida

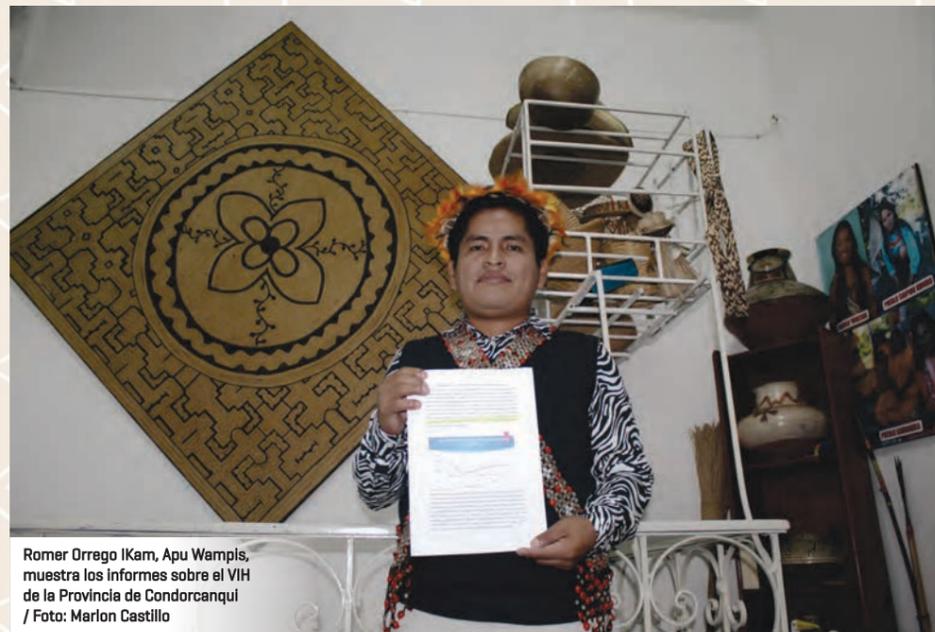


POBLACIONES INDÍGENAS EN EMERGENCIA POR AUMENTO DE CASOS DE VIH

Actualidad

Actualidad

En el mes de setiembre, el pleno de Concejo de Regidores de la Municipalidad Provincial de Condorcanqui declaró al VIH/Sida como un problema de salud pública a través de una Ordenanza Municipal.



Romer Orrego IKam, Apu Wampis, muestra los informes sobre el VIH de la Provincia de Condorcanqui / Foto: Marlon Castillo

Escribe: Marlon Castillo Castro

La provincia de Condorcanqui, frontera con Ecuador, es valorada por su biodiversidad y paisajes, pero una triste realidad se dibuja detrás del follaje verde y sus viviendas construidas con madera y paja en las etnias Awajun y Wampis. El VIH, acecha a la comunidad de una muerte segura, ante la precariedad de los servicios de salud y un inadecuado abordaje cultural para proteger a la población.

Marcos, un poblador de la etnia Awajun, murió este año, sin que los espíritus del bosque (Etsa) y del agua (Tsuqki) logren auxiliarlo. De nada les sirvió tomar los remedios caseros o el uso del Ayahuasca. Su familia aún no cree que las pastillas antirretrovirales pudieron haberlo salvado, sino todo lo contrario. El consuelo es que su alma está camino al cielo, tras pasar por las estrellas.

Al igual que Marcos, 58 mil personas que habitan la provincia de Condorcanqui en la región Amazonas, enfrentan un serio problema de salud pública. La prevalencia del VIH, es de 1.8 % de la población Awajún y Wampis, las etnias predominante en la región. En comparación a otras regiones que presentan tasas menos del 0.3%, lo que resulta ser una alerta para actuar inmediatamente.

Romer Orrego IKam, Presidente Consejero Aguaruna – Wampis y representante de la Población Indígena ante la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA, también ha perdido a más de un tío y primos a consecuencia del VIH.

"El VIH ha tocado mi familia directamente. He perdido a dos primos, uno de ellos que vivía en Cenepa, también mi tío murió en Nieva. Me he enterado de otros familiares que han muerto. Me duele e indigna esta situación", dice Romer.

Desde el 2010 a junio de 2022 la Red de Salud de Condorcanqui que dirige Roberto Rivera Sánchez, ha reportado 222 personas fallecidas por VIH avanzado; 119 en el distrito de Nieva, 83 en Cenepa y 20 en Río Santiago.

Yenny Cherre Nizama, coordinadora de la Estrategia de ITS – VIH/Sida de la provincia, revela que, hasta agosto de este año, se han diagnosticado a 156 personas. Además, hasta junio del 2023 ya se contabilizaban 873 casos.

Prevención y Diagnóstico

Hacer prevención del VIH, no es una tarea fácil en las etnias del Amazonas. La cosmovisión y métodos de curación, del pueblo Awajún y Wampis, difieren de la toma de medicamentos. Algunas técnicas tradicionales, como dietas, ayunos, enemas y carpas de sudoración, son de gran eficiencia en otros problemas de salud, pero en casos de VIH se incrementa la vulnerabilidad del usuario.

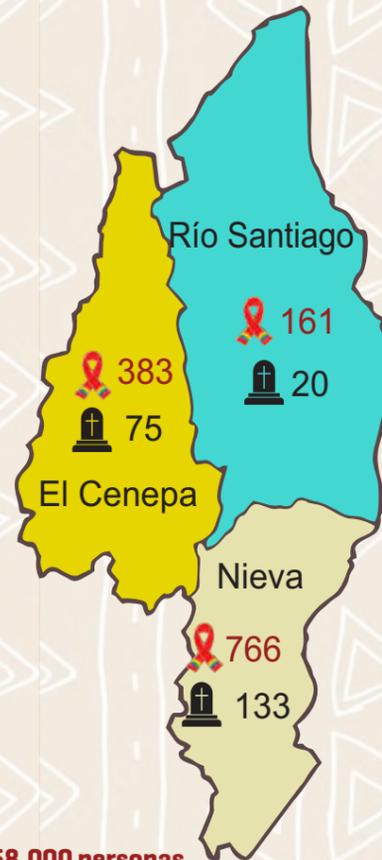
Aunque es factible combinar retrovirales con determinadas plantas y alimentos de la sabiduría Awajún, aún no hay un plan que contemple ambos componentes, sobre todo para mantener de por vida la ingesta de pastillas.

En octubre del año pasado el Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi) del Instituto Nacional de Salud (INS) y la Dirección Regional de Salud (Diresa) Amazonas presentaron los resultados de una investigación, en la que se daba a conocer que la mayoría de las personas con VIH de los Wampis, Awajún y Mestizos, vivía en extrema pobreza.

SITUACIÓN DEL DE VIH INDÍGENAS

157 Nuevos casos 2023

1310 Casos acumulados En los últimos 10 años



58,000 personas es la población indígena 4- 5 años es el promedio de vida de la población con VIH sin tratamiento



Del total de casos de este año



El 82% de los casos son entre 15 y 34 años

Factores culturales

Los indígenas Awajún y Wampis no creen que el VIH existe. Culpan de los síntomas a la brujería y por eso recurren a rituales de sanación en lugar de antirretrovirales.



El uso del condón en las relaciones sexuales, no es aceptado en las comunidades indígenas.

Abandono al tratamiento

Las estadísticas mostradas por las autoridades de salud de la zona, es la mayor preocupación. De los 873 personas con VIH reportadas a junio de este año, 311 abandonaron el tratamiento y 306 se niega a recibir la medicación. Apenas 259 recibe el tratamiento y lo consume.

En la actualidad, el tratamiento antirretroviral, es un método de prevención, ya que la persona que es adherente y baja su carga viral hasta niveles indetectables, no transmite el VIH.

En este mismo orden, preocupa que 4 niños que recibían sucedáneo lácteo para evitar la transmisión de VIH fallecieran, así como una mujer embarazada. De las 28 mujeres gestantes VIH positivas, 9 fueron cesareadas brindándoles profilaxis pre-exposición y 12 partos domiciliarios. El 64% de las gestantes, no toman tratamiento antirretroviral (TAR).

"En algunos meses lo reciben y al siguiente mes lo abandonan, no logrando adherencia y disminuyendo sus defensas", refieren representantes de la Red de Salud de Condorcanqui.

Financiamiento

Para tener control de los casos, no sólo se necesita buena voluntad, sino dinero para solventar algunas estrategias a intervenir. En la Ordenanza Municipal de Condorcanqui, no define un presupuesto específico para poner freno al incremento de casos. Lo único que se menciona es adoptar medidas administrativas y la gestión de presupuestos que contribuyan a la prevención, control y tratamiento del VIH.

Según Romer, no se tiene financiamiento para ver el tema del VIH en la provincia de Condorcanqui. "Nosotros nos hemos reunido con el director nacional del Programa de VIH, Carlos Benites y no tienen claro cómo intervenir en los pueblos indígenas. Nos informaba en una reunión de que han presentado un proyecto de ley solicitando presupuesto fiscal para el año 2024 un monto de 74 millones, pero no está contemplado los pueblos indígenas", mencionó.

El Fondo Mundial por medio del proyecto prevención del VIH y la Tuberculosis, asignó recursos al país para intervenir en las comunidades nativas del Amazonas hasta el 2022. De acuerdo con el informe presentado por Care-Perú y la Conamusa al Ministerio de Salud, entre los años 2020 y 2021 se logró más del 200% con VIH recuperadas y con acceso al TAR, pero había 71% casos de abandono.

Lamentablemente para los próximos 3 años, el Fondo Mundial no ha considerado financiar estrategias como "Brigadas Móviles Amazónicas", debido a su alto costo y al compromiso del Gobierno para asumir este tipo de intervenciones preventivas.

Se han implementado 2 centros de entrega del TAR en las comunidades de Urakusa y Candungos,

donde además se hace seguimiento para evitar abandonos a la terapia antirretroviral, pero este logro no es suficiente.

La logística para almacenar y transportar los medicamentos también es precaria, así como los costos para el traslado de las personas con VIH a los centros de salud, cuyos pasajes y almuerzos son más elevados que un viaje interprovincial, llegando a superar los S/150 Soles.

Las brechas en recursos humanos son evidentes. En toda la provincia cuentan con 30 obstetras 6 médicos y según Romer, no hay infectólogos en la zona. La escasez de personal, equipos e insumos dificulta el control, seguimiento, tamizaje y prevención del VIH: exámenes CD4, carga viral y las pruebas rápidas de VIH.

Como han podido darse cuenta, el VIH no es un tema superado en el Perú. Pese a que se cuenta con tratamientos de una sola dosis y se implementan estrategias como la prevención combinada con el PrEP, existen enormes retos que superar para evitar la extinción de las comunidades nativas del Amazonas, considerados como los cuidadores del medioambiente, quienes contraen el VIH en medio del comercio, actividades extractivas, la violencia y el abuso sexual.

En tiempos en el que el mundo se prepara para ponerle fin al Sida en los próximos 7 años (Metas 95-95-95 para el 2030) el VIH aún es un tema poco entendido en las etnias, ya que muchos atribuyen la sintomatología del virus a casos de brujería o poderes mágicos. La sexualidad no se aborda como debería en el sector Educación, menos los métodos preventivos como el uso del condón o la prevención combinada.



Condiciones precarias en Hospital de Santa María Nieva en Condorcanqui, Amazonas. / Fotos: Twitter congresista Ruth Luque

CON AMOR

Para Mamá Lila

Los hijos e hijas de la legendaria "mamá" de las personas con VIH, recuerdan cómo la conocieron y qué consejos les dio hace más de 32 años.

■ **Escribe: Marlon Castillo Castro**

No es médica, pero ha salvado centenares de vidas en más de 30 años de labor, realizando consejería a personas con VIH, familiares y parejas discordantes al VIH.

Lidia Rojas de Castro, conocida como "Mamá Lila", ha traspasado la barrera de la edad promedio, cumpliendo más de 36 mil 500 días de vida, es decir 100 años, con gran lucidez y ayuda al prójimo.

Sus ojos han visualizado la historia del VIH. Los momentos más trágicos, cuando el VIH/Sida generaba un número significativo de muertes en el país, así como la primera Ley Contrásida, y el inicio de la entrega de tratamiento antirretroviral por medio del programa TAR y ahora la entrega del PrEP.

Julio César Cruz conoció a Mamá Lila en el septiembre del 1991, en ese mismo año, junto a su hija, la psicoterapeuta Lila Castro, la trabajadora social, Rina Donet, así como los primeros activistas en VIH, César Rosell, Alberto Vega y César Alcocer, habían formado la primera organización de personas con VIH, denominada por sus siglas PROSA, que ahora dirige Julio Cruz Requenes.

"La vi por primera vez (a Mamá Lila) cuando subí las escaleras para ingresar a Prosa. En una esquina estaba la consejería. Cuando generamos la confianza y el cariño que nos tenemos, empezó a llamarme jetón", en alusión a sus labios gruesos, recuerda Julio.

Al año siguiente Mamá Lila atendía en el consultorio de consejería a Pablo Anamaría, reconocido activista que también luchó por el acceso al tratamiento antirretroviral en el país.

"A los pocos meses de haber recibido mi diagnóstico de VIH (1992), conocí a Mamá Lila y, lo que más valoro de este encuentro es que me ayudó a llenar el vacío de las figuras de mi abuela y mi mamá en aquel momento. Así como la esperanza frente a los desafíos que tenía que enfrentar", evoca el también consultor internacional Anamaría Cárdenas.

Mientras tanto, Elizabeth Aquino, actual consejera de par en la Maternidad de Lima, vio por primera vez a Mamá Lila en marzo de 1998. "Conversamos un buen rato, tras

darme la bienvenida con un delicioso café caliente. Al terminar la reunión me dio uno de los abrazos más cálidos que he recibido en mi vida. En ningún otro hospital o consultorio médico, me habían tratado de esa manera, pues había mucho estigma, discriminación", relata Aquino. Julio, Pablo, Elizabeth, son apenas 3 de los miles de personas que han pasado por el consultorio de Mamá Lila.

Consejos de mamá

Aunque parezcan mensajes gastados en el tiempo, la forma en lo que te lo dicen marca la diferencia. Mamá Lila, hablaba no sólo con su tierna voz, sino con la miraba, sus gestos y abrazos.

"Siempre me dijo que había que aprovechar el momento presente, de vivir intensamente la vida. Tengo que agradecerle porque eso ha significado una brújula de muchos momentos de mi vida, recordar que la vida es muy corta. Ese es el mayor mensaje que ella me ha dado", rememora, Pablo.

Mientras que a Julio César aún le resuena la frase de "hay que vivir la vida, sin pensar cuántos años vamos a vivir. No importa el tiempo sino la intensidad de ser feliz, haciendo cosas buenas".

En cambio, según Aquino, Mamá Lila es una mujer dulce, tierna, pero a la vez directa que te decía las cosas tal cual, sin anestesia. También la denomina un ejemplo de vida y de ayuda a los demás.

"Periódicamente recibimos (en la Maternidad de Lima) donaciones de colchas y ropones para los bebés de madres con VIH. Sé que Mamá Lila aún teje desde su casa y eso me ayuda para contar la historia de cómo la conocí y a generar un mayor vínculo con los usuarios en la consejería", detalla Elizabeth.

Lidia, aún teje, lee el diario, pinta y llena acertadamente en el pupiletras. Tiene una memoria prodigiosa que parece no olvidar esos pequeños detalles desde cuando llegó al Perú de su natal Chile en 1956.

Mamá Lila afrontó momentos tristes en su vida, pero encontró en la ayuda a los demás, su remedio más preciado para aún gozar de tanta vitalidad y alegrías. **¡Feliz 100 años, Mamá Lila!**





Parlamentaria Susel Paredes Piqué, en su ingreso a evento de Sí, da Vida. / Foto: Marlon Castillo

Informe

El acceso al SIS para migrantes viviendo con VIH y TB, una tarea pendiente del Estado peruano

Se estima que este año la cifra de migrantes y refugiados viviendo con tuberculosis y VIH llegará a 742 y 7,200 respectivamente. El carnet de extranjería como requisito para acceder a un seguro integral, se ha convertido en una barrera que les impide recibir un tratamiento oportuno. Existe una propuesta de ley – de la congresista Susel Paredes – que podría resolver el problema, pero la falta de voluntad política mantiene encarpeta esta iniciativa desde junio en el Congreso.

Escribe: Diego Quispe Sánchez

Los ciudadanos migrantes y refugiados viviendo con Tuberculosis (VH) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en nuestro país deben lidiar con una barrera burocrática que les impone el sistema de salud como requisito para atenderse: el carnet de extranjería. Sin ese documento no pueden afiliarse al Seguro Integral de Salud (SIS) y, por ende, no podrán acceder a sus análisis y tratamiento antirretroviral.

Se estima que este año, la cifra de personas extranjeras viviendo con TB y VIH llegará a las 742 y 7,200 respectivamente. Nuestra legislación les permite recibir el Tratamiento Antirretroviral (TAR), pero primero deben someterse a una serie de exámenes médicos que confirmen su diagnóstico y otras condiciones crónicas o enfermedades. Y ahí comienzan los problemas: los nosocomios solo realizan esas evaluaciones a los afiliados al SIS. Caso contrario, el migrante deberá correr con los gastos. De no contar con los recursos económicos, su salud quedará expuesta.

Jesús Batista, gestor y representante del Centro de Atención Multidisciplinaria para Personas Vulnerables (CAMPV), explica que esta situación se agravó también debido a que, en promedio, el trámite para obtener el carnet de extranjería demora más de tres meses en Migraciones. “Hubo casos de migrantes que madrugaban a las 5 de la mañana para iniciar la odisea que implica realizar ese trámite. Eso provocó que algunos de ellos se vean perjudicados en sus trabajos o que se vean afectados en cuestiones relacionadas a su salud. Es un tiempo largo, eso perjudica al 100%”, lamentó.

David Castro, encargado del Área de Prevención Primaria de Sí, da Vida que colabora con personas viviendo con VIH (PVV) migrantes, considera que Migraciones debería darles facilidades a los migrantes “Deberían darles un SIS provisional hasta que regulen su situación migratoria. Ponemos en riesgo la situación de las personas. Si no tienen dinero, ¿de dónde sacan para sus análisis previos?”, cuestionó.

Los exámenes previos para determinar el diagnóstico en PPVS cuestan, usualmente, S/ 300 en la etapa de pretratamiento y las consultas médicas mensuales S/25. Para un ciudadano migrante, en situación de vulnerabilidad, es una tarifa inaccesible. Por eso la necesidad del SIS.

La congresista Susel Paredes presentó un proyecto de ley para que los migrantes y refugiados con TB y/o VIH obtengan este seguro integral de manera excepcional hasta que obtengan su carnet de extranjería. La afiliación sería con su cédula de identidad, permiso temporal de permanencia, carnet de permiso temporal, pasaporte, carnet de solicitante de refugio, autorización de trabajo o declaración jurada de identidad.

“Cuando una persona que vive con VIH o TB y no tiene tratamiento, transmite su condición. Cuando tiene tratamiento, disminuye el riesgo de transmisión. Es un tema de salud pública”, manifestó Paredes. Sin tratamiento adecuado – sustenta la propuesta de la congresista – pueden morir el 45% de personas contagiadas de tuberculosis. Y si se trata de una PVV, la probabilidad es de 100%.

En países como Ecuador, Argentina, Uruguay, Costa Rica y Chile, los tratamientos son gratuitos para los migrantes y refugiados. La constitución ecuatoriana reconoce los mismos deberes y derechos para todas las personas, nacionales y extranjeras. Eso ha permitido que el acceso universal al Targa. En Chile los migrantes y refugiados, pese a no estar documentados, también cuentan con tratamiento de VIH y TB.

De modo que hay ejemplos en la región. Lo que falta, sin embargo, en nuestro país, es voluntad política. La propuesta de Susel Paredes fue presentada ante el Congreso en junio. Pero hasta la fecha, la Comisión de Salud, presidida por su colega de Alianza Para el Progreso (APP), Nelcy Heidinger, y la Comisión de Presupuesto, que lidera José Jerí, de Somos Perú, no ponen el proyecto a debate.

La congresista Paredes plantea, a través de esta ley, que este año se puedan afiliar 247 refugiados y migrantes viviendo con TB y 3,951 con VIH. La meta para el 2026 es que la cobertura sea de 90%. Pero mientras en el Congreso no deliberen esta ley, esta proyección se mantiene estancada. La única agrupación que respalda su iniciativa legislativa, por ahora, es Cambio Democrático. Las demás, de derecha e izquierda, no muestran interés.

La congresista, por eso, invoca a la sociedad civil a que también exija a los presidentes de estas comisiones a poner en discusión este tema. “Por dos razones: humanidad y protección”, enfatizó. Quizás esa sea un camino, ante la dilatación del debate.

Foto: SIS



La otra pandemia: el estigma y la discriminación contra las personas con VIH

El Índice de Estigma en Personas que viven con VIH 2.0 revela que el 90% de personas que viven con esta condición crónica tiene un estigma interno, el 52% externo, el 33% se autoexcluye y el 18% sufrió la vulneración a sus derechos humanos. Esta situación provoca que comiencen tarde o dejen su tratamiento antirretroviral. Y estas dificultades se presentan en un contexto en que las brechas sociales se agudizan.

■ Escribe: Diego Quispe Sánchez

El estigma y la discriminación es una pandemia con la que las personas viviendo con el VIH (PVV) deben lidiar. La indiferencia, la falta de empatía, las brechas sociales y la vulneración de sus derechos humanos, tienen un impacto negativo en su estado de salud físico y mental.

El Índice de Estigma en Personas que viven con VIH 2.0 de Perú revela estadísticas alarmantes al respecto. Se trata de una encuesta realizada a 812 PVV en las regiones de Lima, Arequipa, Piura e Iquitos para conocer la problemática que atraviesan. Según Fernando Cisneros, autor de este estudio, “el 90% manifestó que tiene un estigma interno – se autolimitan en sus relaciones personales por la condición crónica con la que viven –, el 52% tiene estigma externo – es decir, ha sido discriminado –, el 33% se autoexcluye y el 18% sufrió vulneración de sus derechos humanos”.

Existe un alto nivel de cobertura para PVV – el 97% de los encuestados lo confirmó así –, pero el problema sale a flote con el trato del personal del sistema de salud y el comportamiento del círculo del usuario – familiares, amigos y vecinos–.

El 51% dudaría en iniciar su tratamiento antirretroviral por temor a que otras personas se enteren de su diagnóstico y el 47% respondió que tiene miedo a que los proveedores lo traten mal. El 31% en algún momento dejó de tomar sus medicamentos. Las razones son diversas: al 19% le preocupa que descubran su estatus de personas que vive con este virus, el



Fernando Cisneros Dávila, investigador principal del Index 2.0 y miembro de RedLAC+ / Foto: Cortesía

12% mencionó no estar lista y al 6%, otra vez, teme maltrato de partes de los proveedores.

Los estereotipos han llegado al extremo de que los trabajadores de los nosocomios han intentado imponerles comportamientos sobre su vida sexual. El 17% dijo que han hablado mal de su persona o han evitado tocarles por su condición crónica. Al 16% le aconsejaron no tener sexo y, lo más preocupante y cuestionaron la idea de criar un hijo y, en caso de las mujeres, las incentivaron a esterilizarse.

Ausencia de empatía frente al diagnóstico

El 11% lamentó que el personal de salud divulgue su diagnóstico sin su consentimiento. El 3% manifestó que se les obligó a hacerse la prueba de VIH para conseguir atención médica.

El 84% tuvo experiencias negativas luego de confesar su estado serológico a personas no cercanas. El porcentaje es mayor en la ciudad de Iquitos, en la región Loreto. Es cierto, agrega Cisneros, que la mayoría de las personas comparte su diagnóstico con sus familiares o su pareja. “En función a este, es importante mencionar a partir de quienes buscan como redes de contacto”, explica.

Sin embargo, los resultados de este índice muestran que tampoco en el círculo parental del usuario hay garantía de confidencialidad. El 46% de la muestra percibió negativamente la divulgación a personas cercanas. Y esta experiencia se vio incrementada en las ciudades de Arequipa, con 49%, y Lima y Callao, con 48%.

Resulta alarmante, además, que las experiencias de estigma y discriminación también fueron al recibir comentarios de esa índole de parte de otras personas (33%) y de familiares (29%). El 17% ha sido acosado verbalmente debido a ser una PVV y al 12% le han negado un trabajo o ha perdido una fuente de ingresos por esta razón.



Falta de acceso a oportunidades

Las brechas sociales para las personas viviendo con VIH también son otro dilema. El 58% de los encuestados no tiene estudios superiores y el 42% manifestó haberlos realizado. El 37% se encuentra trabajando de manera independiente. Esto es atractivo para ellos debido a que así pueden manejar sus propios horarios y trabajar en distintos lugares y sectores. Sin embargo, también es una alternativa ante la falta de un empleo como dependiente. “En promedio, sus ingresos representan la mitad de lo que percibe uno de sus pares asalariados. La situación por la que ganan menos es porque laboran en condiciones de informalidad”, señala el Índice.

A la precariedad e informalidad, se suma el incremento del desempleo. El 17% indicó que no trabaja, esto es 8.3% más de lo reportado por el Estado peruano en 2022. “El tema de buscar trabajo tiene que ver con que hay trabajos donde a las personas les hacen determinado control médico. Y por el tema de la exposición, piensan mucho en que les harán la prueba y se puedan enterar de su diagnóstico. Entonces, evitan postular”, precisa Cisneros.

Este año empeoró en la situación económica del país. Y las consecuencias también las pagan en esta comunidad. En los últimos 12 meses el 58% de las personas encuestadas declaró no tener satisfechas sus necesidades básicas. Esto es una consecuencia de la falta de un empleo de calidad y acceso a oportunidades. Debido al estigma y la discriminación al que se exponen, en algunos casos, por el irrespeto a la confidencialidad de su diagnóstico, cuando se realizan análisis médicos para postular a un trabajo, les limita tener sus derechos a encontrar un empleo que pueda cumplir sus expectativas. Y debido a ello, el único camino que les queda es la informalidad.

Un sector opta por el trabajo sexual. Del total de personas que manifestaron ejercerlo el 10.58% se identifican como mujeres transgénero, el 29% como mujeres cis y el 13% como hombres cis.

Discriminación por orientación sexual

En caso de las mujeres trans, los ataques por su orientación sexual son mayores que por su condición crónica. El 28% señaló que se sienten acosadas verbalmente por su identidad de género en comparación con el 15% que lo es por ser una PVV. En este escenario

también se presentan problemas en el ámbito familiar. El 30% recibió comentarios discriminatorios de parte de sus parientes por su diagnóstico y el 13% por ser trans.

Los hombres que tienen sexo con hombres, en tanto, también respondieron haber sido víctimas del estigma en su propia familia. El 19% fue acosado verbalmente por ser una PVV. En el trabajo sexual, los hostigamientos son mayormente por vivir con el virus. El 13% ha sido chantajeada por laborar en ese rubro.

Otro dilema que afrontan es que cuando van a un nosocomio a atenderse por alguna enfermedad o dolencia debido a su orientación sexual o identidad de género, el personal de salud los etiqueta como posibles cero positivos. “Cuando te perciben como gay o trans, ordenan hacerte la evaluación por más que solo te esté doliendo el estómago o cualquier cosa, porque deducen que el cuadro de fondo podría ser el VIH”, lamenta Cisneros.

En general, del total de PVV que son víctimas del estigma y la discriminación, solo el 14% denuncia estos maltratos. Los motivos radican principalmente en la falta de credibilidad del sistema de justicia. “Ven que en la ruta de denunciar no pasó mucho o no pasó nada”, dice Cisneros.

El estudio, añadió, ha podido demostrar que quienes experimentan mayor riesgo de ser maltratados son quienes pertenecen a una población clave (comunidad LGTBI), usan drogas, tienen menos de 30 años, expresan sus identidades femeninas (mujeres cis y trans) y son personas migrantes. “Esto es algo que ha salido recién (contra los extranjeros). Es por la gran cantidad de personas que han llegado al país en los últimos tres años”, recalca Cisneros.

En síntesis, concluye Cisneros, actualmente hay más alternativas de tratamientos para PVV, pero debido al estigma y la discriminación, un porcentaje importante de las PVV dudan en iniciarlo o lo dejan en el camino. Lo que hace falta, enfatiza, es tener personal de salud que sea empático. “Hemos disminuido la posibilidad de que las personas encuentren un par o un consejero de pares”, comenta. “Eso hace que la persona viviendo con VIH no encuentre a alguien en quien sienta más confianza”, recalcó. Falta personal especializado y, sobre todo, falta humanidad.

Presentación del Índice de Estigma en Personas que viven con VIH / Foto: RedLAC+



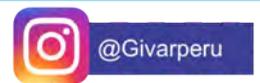
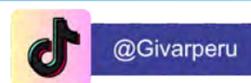


Denuncias por:

- Desabastecimiento de medicamentos del VIH.
- Falta de fórmulas lácteas para bebés expuestos al VIH.
- Desabastecimiento de la PrEP / PEP.
- Discriminación en el establecimiento de salud.
- Despido laboral por tener VIH.
- Problemas con el seguro de salud.
- Falta a la confidencialidad del diagnóstico.
- Actos de corrupción.



Escanea el QR y genera tu denuncia por whatsapp



Feria informativa de prevención del VIH en la que participa GIVAR / Foto: Marlon Castillo

GIVAR EXPANDE Y MEJORA EL MONITOREO DE DENUNCIAS A FAVOR DE LAS PERSONAS CON VIH Y POBLACIONES VULNERABLES

En lo que va de este año, hubo 143 denuncias de personas con VIH por desabastecimiento, discriminación, falta de confidencialidad en el diagnóstico y violencia hacia mujeres de parte del personal de salud. GIVAR brinda algunas recomendaciones para mejorar esta situación.

■ **Escribe: Diego Quispe Sánchez**

De acuerdo al Grupo Impulsor de Vigilancia y Abastecimiento de Retrovirales (GIVAR), desde el 2013 hasta setiembre de este año, se han contabilizado 1,663 denuncias, por diferentes razones, de personas viviendo con VIH. En lo que va del año, hubo 143 casos por desabastecimiento, entrega de medicamentos vencidos, falta de confidencialidad con el diagnóstico y discriminación de parte del personal de salud.

Del total de los denunciados, 124 son peruanos y 19 extranjeros. De este último, la mayoría son migrantes venezolanos. En este grupo, 84 se identifican como hombres, 32 como mujeres, 22 como gays u hombres que tienen sexo con hombres y 3 mujeres trans. El mes en que hubo más casos fue junio con 21.

Cabe precisar que las denuncias, además de desabastecimiento, reflejan otras realidades que afrontan las personas viviendo con VIH en nuestro sistema de salud. Por ejemplo, según Givar, hubo 15 quejas por discriminación en nosocomios, centros de trabajo y índole social; 4 porque el personal de salud o terceros no supieron respetar la confidencialidad del diagnóstico del usuario y 10 casos de desatención, como retrasos en citas, controles o intervenciones quirúrgicas.

El maltrato también fue contra las mujeres viviendo con VIH que tuvieron un hijo. Este año llegaron dos denuncias a Givar de violencia obstétrica de parte del personal de salud. Ellas fueron conminadas a evitar futuros embarazos. Esto va en contra de su derecho a la maternidad.

Diagnóstico y cómo mejorar

El colectivo, ha renovado su sistema de información y sistematización de las denuncias, que le permite tener data en tiempo real y con mayor detalle de cada uno de los casos. El sistema permite la confidencialidad de la información y ampliar los reportes de desabastecimiento para población clave o vulnerable al VIH en el acceso a la Profilaxis Pre y Post Exposición (PrEP - PPE), convirtiéndose en el único sistema que realiza este tipo de monitoreo en el país.

Julia Campos, directora de Cepesju y miembro de GIVAR, explica que los factores que ocasionan el desabastecimiento de medicamentos antiretrovirales es la falta de información en todo el sistema de suministro de medicamentos, que se inicia desde la programación, compra, distribución y culmina con la entrega de los medicamentos antiretrovirales al usuario.

“A veces hay problemas en la licitación porque el que no la gana reclama. A veces no hay el medicamento en el país porque los laboratorios usan medios de transportes menos costosos, pero que demoran más tiempo”, puntualiza.

No es posible, añade, que una persona viviendo con VIH pueda recurrir al sector privado, en caso se enfrente al desabastecimiento de su TAR en un hospital. “No hay ninguna empresa que tenga la venta libre. Hay algunas organizaciones que pueden ofertar, pero va a depender del tipo de medicamento. El costo es alto, porque generalmente es un fármaco de marca. No es fácil encontrarlo fuera del Minsa o Essalud. A ninguna farmacia le conviene tenerlo porque el ministerio lo entrega gratis”, precisa Campos.

A estas alturas, enfatiza, no es un argumento válido que se justifique las falencias del sistema de salud ante las personas viviendo con VIH debido a los estragos que dejó la pandemia del COVID-19 en nuestro sistema de salud. “Es cierto, en época de pandemia hubo muchos problemas para abastecimiento. Se cerraron muchos establecimientos, hubo un gran impacto, pero ya estamos sin pandemia más de un año, ¿no? Algunos quieren decir que en esa época no se produjeron medicamentos. Probablemente, pero habría que verificar. Debería ser una evaluación real”, refuta.

Campos considera que en esta década hubo avances en los mecanismos de compra, pero eso no ha resuelto los casos de desabastecimiento. “En los últimos meses hubo más denuncias, me preocupe que entremos en ese periodo”, alerta.

Givar propone una serie de respuestas ante las dificultades que afrontan las personas viviendo con VIH en el sistema de salud: ante el desabastecimiento y entrega de medicamentos vencidos, debe prevalecer un sistema de monitoreo y supervisión de la distribución, liderado por Cenares, Sociedad Civil y las farmacias donde se entregan el TAR; frente a la vulneración de la confidencialidad del diagnóstico, es necesario revisar y actualizar las normas, protocolos y guías de buenas prácticas. En casos de discriminación laboral, urge mejorar los procesos de investigación y sanción por medio de la Sunafil.

Sobre las pruebas obligadas de VIH para carnet sanitario o controles médicos de las empresas, se debe trabajar con los municipios, centros de salud y clínicas para que se cumplan las leyes vigentes y protocolos, estandarizando los procesos.

Frente a la discriminación ejercida por el propio personal de salud, los nosocomios deben implementar capacitaciones sobre VIH y respeto a los derechos humanos y, además, deben revisar los protocolos de trasplantes de órganos que, por ahora es un impedimento para las personas con VIH a acceder a este tipo de cirugías.



Eduardo Mattos, infectólogo
y director de Semic.
/ Foto: Diego Quispe

EDUARDO MATTOS: “EN LOS MEDIOS MASIVOS NO HAY ABSOLUTAMENTE NADA QUE NOS HABLE DE PREVENCIÓN DEL VIH”

En esta entrevista el infectólogo Eduardo Mattos analiza las conductas de riesgo y los beneficios de llevar un tratamiento antirretroviral riguroso.

■ Escribe: Diego Quispe Sánchez

¿Por qué hasta ahora el principal motivo de la transmisión continúa siendo las relaciones sexuales sin protección?

El mecanismo de transmisión sigue siendo el mismo porque en vez de mejorar las medidas de prevención, se han ido deteriorando en el tiempo. Si bien es cierto que la tasa de nuevas infecciones ha disminuido en promedio en el mundo, en países como el nuestro, en esta parte del continente, ha aumentado 10%. Esto habla de que los mecanismos y estrategias de prevención no están siendo los adecuados.

¿En América Latina solamente?

En América Latina en especial y en el Perú en particular. Uno se pone a ver los noticieros y los medios de comunicación masivos y no hay absolutamente nada que nos hable de prevención del VIH y no hay reparto masivo de preservativos. Si uno va a lugares tan cercanos como Brasil, vas a una discoteca, un evento deportivo, a cualquier lado, en los baños y en todos los lugares hay dispensadores de preservativos gratuitos. Aquí no hay nada de eso. Es más, en los establecimientos de salud donde se debería repartir gratuitamente están escasos.

¿En Perú se considera el preservativo como algo primordial en la vida sexual?

Eso debería ser un mecanismo aprendido. O sea, si yo me desarrollo sexualmente, si me indican, me orientan y me sugieren que eso va a mejorar mi salud, yo lo voy incorporar poco a poco. Tiene que ser una medida de prevención que se debe introducir de manera casi subliminal, orientándonos, capacitándonos, entrenándonos con preservativos y otras medidas de prevención.

El estigma y la discriminación señalan a la población homosexual como promiscua, por el hecho de que un número importante de personas LGTBIQ vive con VIH. ¿Tiene base científica ese estereotipo?

No, para nada. Por eso que la cantidad de personas LGTBIQ que actualmente se están infectando tienen una tasa o velocidad de infección menor que de la población heterosexual.

Eso es muy importante de aclarar.

No es un tema de grupos, es un tema de conductas. Así seamos homosexuales o heterosexuales, si nuestra conducta tiende a tener más riesgos, vamos a infectarnos independiente del grupo al que pertenezcamos.

Una persona viviendo con VIH y con baja carga viral y una pareja estable, ¿puede tener una vida sexual sin usar preservativo?

No, no es así. El virus del VIH en el ser humano tiene relativamente poco tiempo de conocerse. Es por eso que es tan difícil encontrar una vacuna contra el VIH. Con el COVID-19 nos demoramos un año y medio y con el VIH van 40 años y aún no encontramos.

Pero hay casos de parejas viviendo con VIH que han tenido hijos.

Claro, porque cuando una persona es indetectable la posibilidad de transmisión es casi cero. Si en una pareja, viven con VIH ambos, están indetectables, el producto de su unión no va a nacer necesariamente con VIH. Las personas actualmente, las parejas serodiscordantes pueden tener hijos siempre y cuando sigan las indicaciones dadas.

¿Ha disminuido el índice de reinfección?

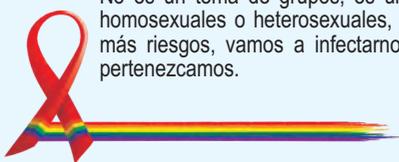
Ese es un tema que no lo tenemos claro porque cuando una persona vive con VIH y está en tratamiento y por alguna causa vuelve a aparecer su carga viral, no sacamos una genotipificación o no averiguamos si ha sido reinfección y cambiamos el esquema para mejorarlo. Eso significa que el dato de infecciones no lo tenemos tan a la mano. Sería un subregistro tremendo. Es por eso que aquí en el Perú, donde no se está haciendo genotipificaciones, no tenemos ese dato.

Mi penúltima pregunta es: ¿El VIH se transmite través de otro contacto que no sea sexual? Por ejemplo, besos.

Los besos no son una manera de transmitir el VIH, con excepción de que si es que hay besos con sangre visible, algo que es bastante raro. Básicamente es mediante secreciones genitales y contacto de sangre con la piel dañada o erosionada.

¿Una persona viviendo con VIH puede tener un mejor estado de salud que alguien que no vive con esta condición crónica?

Sí, yo les digo a mis alumnos que las personas viviendo con VIH están mucho más cuidadas que cualquiera de sus papás porque todos los años, de una manera rigurosa, les hacemos dosaje de colesterol, glucosa, peso, vacunas, para que apenas haya algún tipo de alteración podamos intervenir de manera oportuna. Ellos saben que tienen que cuidarse. Digamos que las personas viviendo con VIH están rigurosamente controladas y es porque el mensaje es comer sano, cuidarte para el futuro. Yo creo que eso cala de manera profunda.



MEJORAMOS CADA AÑO, EN LA BÚSQUEDA DE SERVICIOS DIFERENCIADOS PARA LAS PERSONAS CON VIH Y PERSONAS VULNERABLES

Noticia



Actividades institucionales de Sí, da Vida / Fotos: Oficina de Comunicaciones

■ Escribe: Edith Ramírez Romaina

Sí, da Vida cumplió 17 años de vida institucional este 6 de mayo y como parte de sus actividades institucionales organizó un foro sobre el automanejo de las personas con VIH para alcanzar las metas 95-95-95 y acabar con el Sida al 2030, en la Defensoría del Pueblo, donde participaron autoridades como la congresista Susel Paredes, instituciones ligadas a la prevención del VIH, activistas y la representante de Onusida, Andrea Boccardi.

En la mística de prevención y control del VIH, Sí, da Vida inauguró el servicio de fisioterapia y rehabilitación, el mismo que se incorpora a la parrilla de servicios que brinda la institución.

Liliam Jiménez, especialista responsable del nuevo servicio, manifestó su alegría y destacó el apoyo financiero de los cooperantes para acondicionar el espacio para el nuevo servicio.

La sala de fisioterapia y rehabilitación está equipada con instrumentos para masajes, estimulación nerviosa transcutánea, lámparas infrarrojas, compresas y elementos para rehabilitación física.

También se debe destacar el trabajo realizado por las áreas de prevención primaria, secundaria y terciaria, quienes han logrado desarrollar programas de automanejo en 6 establecimientos penitenciarios de Lima, Callao e Ica. Participar de ferias informativas de salud,

con estudiantes del Instituto Superior Tecnológico de las Fuerzas Armadas, Instituto Argentina y estudiantes de la universidad San Marcos, realizando pruebas rápidas de VIH y sífilis.

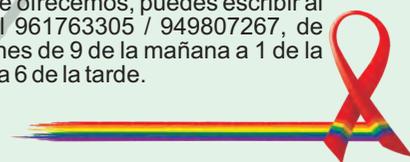
Por su parte el programa Manos Solidarias, el servicio de botiquín y el consultorio médico, han atendido a más de 300 personas, brindando ayuda a sus necesidades en salud.

Este año, también se ha continuado con los talleres de educación en Universidad Libre para la Vida, con la realización de 3 módulos y más de 25 participantes por sesión.

En el programa de emprendimiento hacia las mujeres, se han desarrollado talleres para madres y cuidadoras del Instituto Nacional de Salud del Niño en Breña, con miras a generar la independencia económica de las madres de familia.

Así mismo, en el área de comunicaciones, se destaca la programación de Radio Conexión Vida y su plataforma informativa de contenido audiovisual, así como esta publicación.

Si deseas conocer más de nuestra organización o acceder a una cita de los servicios que ofrecemos, puedes escribir al whatsapp al 961763305 / 949807267, de lunes a viernes de 9 de la mañana a 1 de la tarde y de 3 a 6 de la tarde.





961 763 305
949 807 267



NUESTROS PROGRAMAS



Radio Conexión Vida



Programa de automanejo



Manos Solidarias

Mujeres emprendedoras



Universidad Libre para la vida



NUESTROS SERVICIOS



- Consultorio Psicológico
- Consejería
- Grupo de Soporte
- Grupo 12 pasos

- Consultorio Médico
- Pruebas Rápidas de VIH
- Fisioterapia.



- Bingo
- Karaoke
- Cine Foro

CONTÁCTANOS

Calle Henry Arredondo 201 Urb. Cayetano Heredia – San Martín de Porres - Lima 31
Teléfono: (01) 4810392 – 4839317 - Email: sidavida@sidavida.org.pe

www.sidavida.org.pe